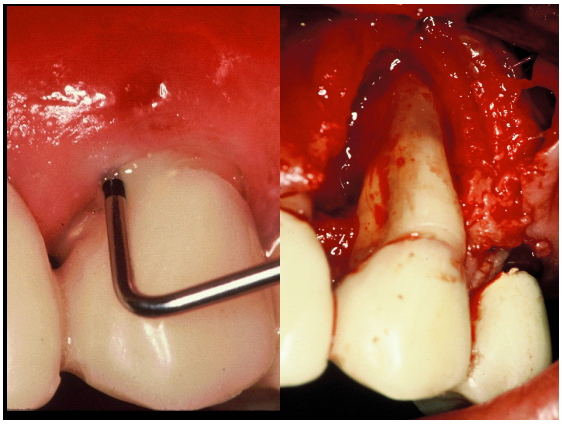
Consultation Implantaire préparation du bloc,

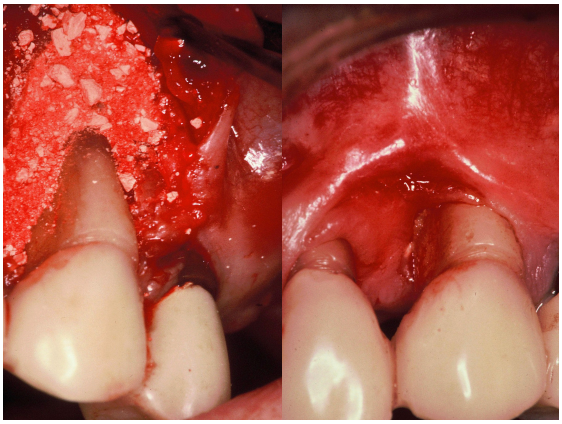
Team start,

Si la consultation implantaire est avant tout une consultation clinique normale, elle nécessite dans sa phase préopératoire un encadrement rigoureux. Le but de ce chapitre est de préciser cet encadrement tant sur le plan administratif, que technique et pratique dans le but de minimiser les risques nosocomiaux et d'augmenter le confort du patient et des opérateurs.

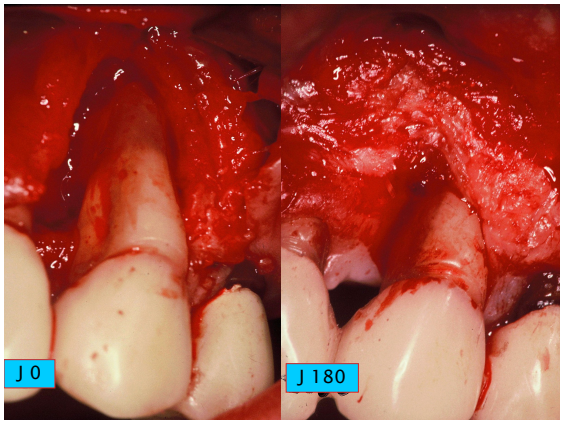
1° Consultation :

La conservation ou l'avulsion de l'organe dentaire va dépendre d'un processus de réflexion qui trouvera ses limites dans les possibilités thérapeutiques conservatoires de la dent atteinte. Pour ne pas représenter un surtraitement, ces possiblités conservatrices doivent se comprendre dans le maintien dans la durée de la restauration.

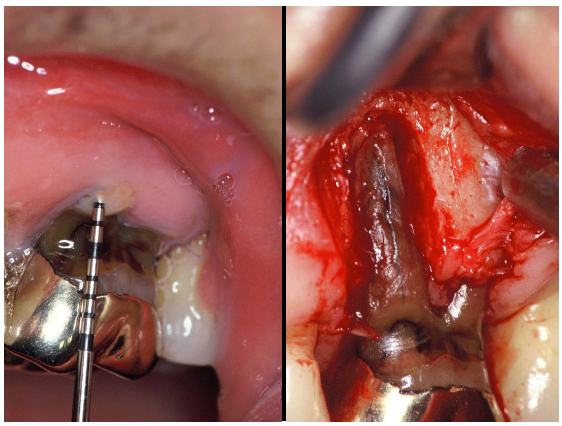




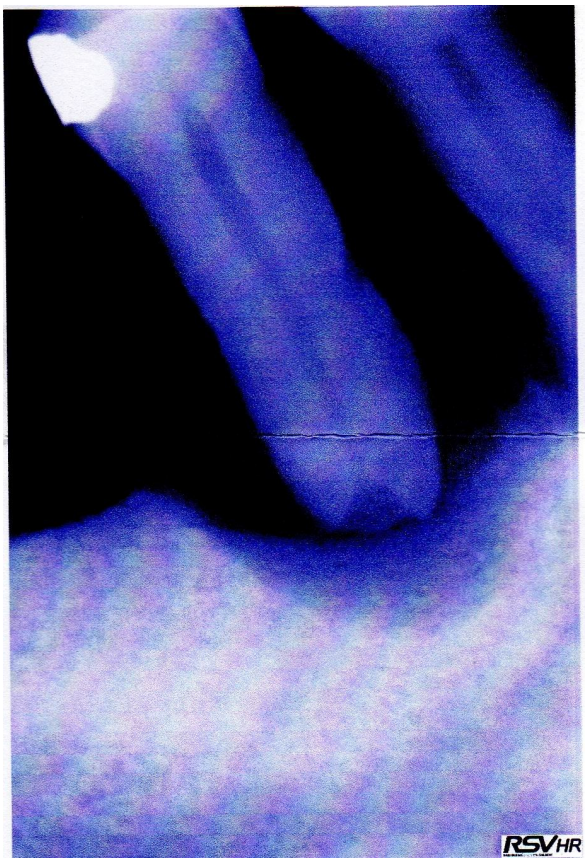
Ainsi, si la lésion parodontale présentée sur 13, fait partie des lésions potentiellement traitables il faut se poser la question de sa stabilité et de sa durée dans le temps.



Une réentrée à 180 jours montre une présence osseuse qui laisse envisager une restauration prothétique dans de « bonnes » conditions.
Cependant ce type de traitement nécessite un encadrement parodontal qu'il n'est pas toujours aisé d'obtenir.
Sur la photo qui suit, l'aspect terminal est plus évident, il s'agit d'une lésion infectée, fracturaire qui peut poser l'indication d'une section partielle radiculaire ou d'une avulsion.



L'idée maîtresse que l'implantologiste doit avoir à l'esprit en fonction de la thérapeutique choisie est celle de la conservation ou non du volume osseux.



Que la perte osseuse soit secondaire à une récession que nous pouvons qualifier de naturelle par perte de l'organe dentaire ou pathologique par destruction infectieuse chronique, il convient d'estimer le moment opportun pour stopper cette perte osseuse. Dans le cas contraire, il faudra envisager sa reconstruction.

La consultation implantaire est avant tout une consultation clinique complète. Le questionnaire médical habituel doit être rempli par le patient. Les premiers examens cliniques et radiographiques doivent être réalisés. De façon à apprécier l'ensemble de la structure buccale, il sera prescrit un orthopantomogramme.
Les indications implantaires ont pour principe d'être posées lorsque la prothèse conventionnelle est impossible et qu'elle a conduit à un échec. C'est pourquoi l'analyse des échecs est le premier aspect de la démarche de diagnostic.
Il est recommandé de réaliser un modèle d'étude, des photos intra-orales. Le cas doit être analysé et planifié en fonction des futurs appuis, du plan d'occlusion et du site des éléments endo-osseux. L'aspect de l'hygiène est à considérer ainsi que les problèmes phonétiques qui peuvent survenir lors de la construction du futur bridge.

Les contre-indications seront alors posées et dans le cas contraire, il pourra être donné un rendez vous d'analyse radiographique à distance du premier rendez vous afin de respecter un temps de réflexion du patient.

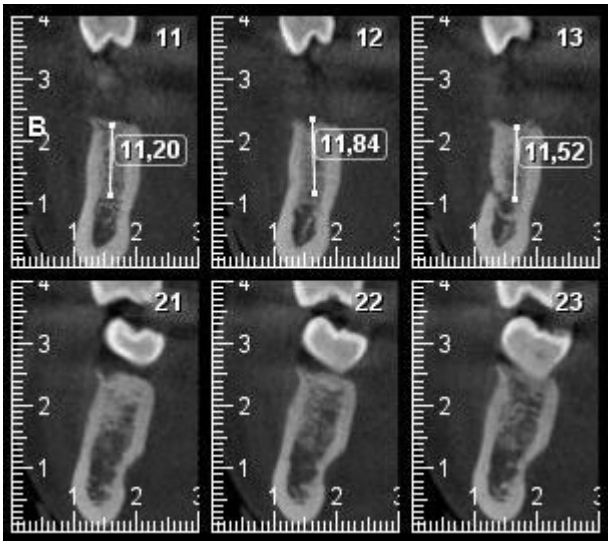
Ainsi la première consultation a permis :
- de réaliser la pose d'une indication,
- de présenter éventuellement un modèle de montre, afin d'informer le patient sur ce que représente une reconstruction implantaire
- d'ordonner un scanner ou un Cone Beam.

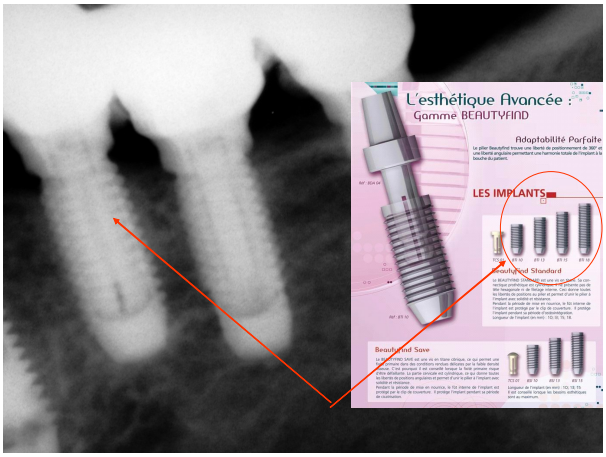
A la 2° Consultation :

Cette consultation réalise la synthèse des documents et permet de préciser le plan de traitement.

Etude du scanner ou du Cone Beam

Cette étape est fondamentale, il est souhaitable de montrer au patient les rapports osseux qui nous guident dans le choix de la longueur de l'implant.



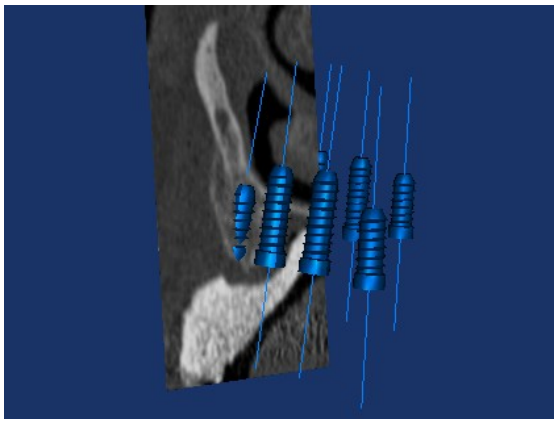


Ainsi les différentes phases de la mise en place des éléments endo-osseux doivent être expliquées :

-les étapes opératoires,
-les conditions d'opération en milieu stérile,
-les consignes du postopératoire, et de surveillance.

Cette étape aura permis :
- la vérification de l'indication implantaire
- de fixer le rendez-vous opératoire,

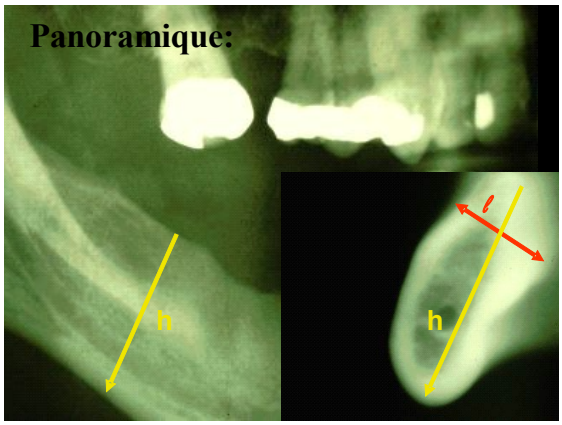
- d'informer le patient, pour cela, il pourra être fait état de la planification qui visualisera les implants en situation, la prothèse, l'épaisseur muqueuse ainsi que les défects osseux. De cette manière un consentement pourra être considéré comme complet et loyal.



- de délivrer l'ordonnance préopératoire individuellement adaptée, comprenant :
  * un antibiotique (8 jours),
  * un anti inflammatoire (5 jours),
  * un antalgique,
  * des bains de bouche à l'eau salée.

Il n'est pas nécessaire d'utiliser des bains de bouche antibactériens

L'étude des radiographies va permettre de réaliser l'estimation de longueur des implants et de préciser les risques de voisinage.
L'orthopantomogramme est un examen qui donne une vue globale topographique sans permettre aucune mesure. D'autre part, s'il donne une notion approximative de hauteur, il ne permet pas de se faire une idée de l'épaisseurs disponible.



La radio intra-buccale précise la densité osseuse et donne une idée vague de l'épaisseur muqueuse lorsqu'elle est prise avec la prothèse mobile en place.

Le scanner est donc l'examen de choix lorsqu'il est réalisé avec des coupes perpendiculaires à la crête osseuse et en échelle 1.
Il sera prévu un détartrage pré-opératoire.

3° Préparation de l'intervention

A - Une pièce propre :
Le local opératoire doit être préparé avec soin et, en aucun cas, l'activité chirurgicale implantaire ne doit être intercalée entre deux actes de chirurgie dentaire courante. Il est préférable de consacrer un lieu et un moment privilégié à la pose des implants.
Ainsi le local fait l'objet :
- d'un nettoyage méticuleux,
- d'une désinfection à l'Incidine.

B - Préparation du patient :
Le patient est déshabillé, à l'exception de ses sous-vêtements, habillé d'une blouse jetable, muni d'une paire de chaussons de papier, coiffé d'une coiffe jetable en papier, pour couvrir ses cheveux. Un bandage peut avantageusement fixer la coiffe, il servira à sécuriser les champs opératoires.

C -L'anesthésie :
L'anesthésie est réalisée bilatéralement sur les crêtes. A la mandibute, dans les secteurs postérieurs, elle est complétée par une anesthésie du nerf lingual, de la muqueuse au niveau des sillons, en direction du périoste. Si besoin, le nerf mentonnier est également infiltré.
En tout, il est utilisé approximativement 10 ml de Xylocaïne-adrénalinée à 1 : 80000.
Un rinçage à une solution de Chlorhexidine à 0,1 % termine la préparation.

D - Mise en place des champs opératoires:
- La préparation du visage du patient doit se faire sans maquillage ou autre crème,
- lavage des mains (se pratique selon les recommandations habituelles) :
  - A l'eau stérile
  - A la brosse
  - Au savon antiseptique
- Le boston mis en place et les gans enfilés de façon stérile, il est conseillé de réaliser un badigeonnage du visage à la chlorhexidine incolore, en évitant les yeux et les muqueuses,
- mise en place du champ selon le protocole habituel.

Matériel :
- champs en U type 3M,
- bande pour la tête : bandage,
- gants stériles,
- casaques stériles,
- surchausses
- masques,
- charlottes,
- Bétadine rouge pour se laver les mains,
- éponges double face, pour se laver les mains,
- Chlorhexidine incolore,
- sérum physiologique,
- afficher le scanner pour ne pas avoir à le sortir.

E - Les instruments

Faire la différence entre l'acier et le titane. Eviter de les mélanger, pour des questions de corrosion éventuelle. En effet, les produits de nettoyage peuvent réaliser entre l'acier inoxydable et les instruments en titane des phénomènes de corrosion qui ne sont pas souhaitables.

Trousse stérile implantaire à utiliser :

- porte-implant

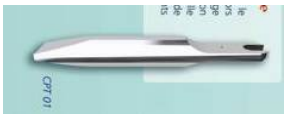
- tournevis d'implant

- jauge

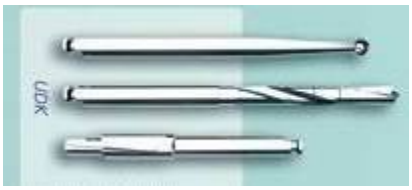
- clé cliquet

- adaptateur contre-angle

- clé plate



- fraises (kit de forage complet)



- forêt 3mm

UTD
Foret Universel
Le FORET UNIVERSEL permet de continuer le forage à 3mm sur la profondeur désirée. Il est utilisable quel que soit le type d'élément endoosseux utilisé.

- countersink

courte : HSR 01
longue : HSR 02
Fraise cônique
Fraise à dégagement de la corticale au niveau de la tête de l'implant, son utilisation n'est pas nécessaire sur des os de faible densité. On préférera utiliser directement le KIT DE FORME adapté au diamètre 3,75. Elle permet la préparation de la partie cervicale du site osseux et sert au logement du clip de couverture.

- taraud

- prolongateur

La trousse est complétée par une instrumentation générale. Le matériel de chirurgie générale stérile à utiliser est le suivant :

Pour l'irrigation un cathéter relié à une poche à serum suffit. La pompe à salive est branchée sur un tuyau d'aspiration plastique. Un protecteur stérile pour les poignées du Scialytique est recommandé.
Le cordon du moteur est couvert d'une housse stérile. Le bistouri est choisi avec une lame n° 15 et manche. La sonde, le miroir, la précelle sont utiles. Le décolleur est essentiel. On peut lui préférer le syndesmotome faucille pour les décollements fins.
2 pinces hémostatiques ainsi qu'une pince à champs ou du scotch stérile sont à prévoir.
Une pince gouge est recommandée ainsi qu'une curette double
Deux écarteurs, un pour l'aide, l'autre pour le chirurgien sont ajoutés. La pince à suturer et la précelle à suturer sont choisies selon les habitudes. Prévoir une seringue. Les anesthésiques peuvent être stérilisés à froid. Pour la suture, le fil sera de préférence du monofil type prolène. On ajoutera un CK6 + curette de paro, une paire de ciseaux ainsi que des compresses stériles.

Prévoir, pour la manipulation des liquides sur les champs, une seringue stérile ainsi qu'une aiguille IM stérile.

4° Préparation médicolégale

A - Administratif
Vérifier que le consentement éclairé soit signé et que les conseils préopératoires et postopératoires aient été donnés.

B - Conseils postopératoire
Un certain nombre de conseils sont à fournir au patient concernant le post opératoire. Ils concernent l'hygiène, la nourriture, les activités sportives.
Prévenir le patient de la survenue possible d'œdème, de caillot, d'hématome.

Les deux premières semaines du post-opératoire :

Il est essentiel, pour que la qualité de cicatrisation primaire soit bonne, que les indications suivantes soient suivies pendant les deux premières semaines postopératoires. Il est souhaitable de donner au patient les recommandations suivantes :

1/ Consommer uniquement une nourriture semi-liquide pendant les six premiers jours, de façon à éviter de contaminer la plaie par des particules alimentaires. La deuxième semaine peut être ajoutée une nourriture hachée menue. Les boissons alcoolisées et le tabac sont formellement prohibés pendant cette même période.

2/ Il est conseillé, dans la mesure du possible, de dormir la tête légèrement surélevée pendant les deux premières nuits suivant l'intervention, de façon à réduire l'œdème dans les zones opératoires.

3/ Si un léger saignement apparaissait sur les zones opérées, il peut être stoppé en mordant doucement pendant 15 minutes sur une gaze roulée, trempée au préalable, dans une solution d'eau salée. Si le saignement n'est pas stoppé en réalisant cette manœuvre, vous devez prendre contact avec le cabinet afin que nous puissions agir.

4/ Après chaque repas, la bouche doit être totalement rincée avec une solution salée.

5/ Aucun désinfectant ou bain de bouche ne doit être utilisé et ceci sous aucun prétexte.

6/ Aucun appareil dentaire même ancien ne doit être utilisé pendant la période des deux premières semaines. Ces appareils seront utilisables lorsque le rebasage mou sera réalisé. L'utilisation trop précoce des appareils mobiles peut compromettre totalement la cicatrisation autour des implants.

7/ Si vous avez un doute ou si vous observez un signe quelconque dans la zone implantaire, vous êtes prié de bien vouloir avertir votre chirurgien.

8/ L'hygiène étant un des éléments fondamentaux du succès, vous devez considérer avec une grande attention et assiduité des enseignements d'hygiène qui vous seront prodigués.

9/ Vous êtes invité à poser toutes les questions complémentaires qui vous viendraient à l'esprit concernant un point particulier concernant le déroulement des différentes interventions, en sachant qu'il n'y a pas de question mineure ou secondaire.

Recommandations d'hygiène pour les patients porteurs de bridges ostéo-ancrés

Des conseils peuvent être prescrits en ce sens :
L'hygiène dentaire est aussi importante avec les bridges ostéo-ancrés qu'avec vos propres dents.
Une hygiène régulière produit de meilleurs résultats que des brossages occasionnels même d'excellente qualité.
Le moment le plus important du nettoyage est le soir, après le dernier repas (qui est le dernier moment où vous mangez quelque chose dans la journée) et le matin, après le petit déjeuner.
Le plus important à nettoyer sont les piliers et toutes les parties gingivales autour du pilier. Les piliers sont les petits disques de métal qui émergent des parties molles et sur lesquelles le bridge est attaché. Le nettoyage doit se faire devant un bon miroir et devant un bon éclairage.
Chaque semaine, il est conseillé de vérifier les piliers avec un révélateur de plaque. Vous pourrez alors aussi inspecter la face interne (côté de la langue) des piliers à l'aide d'un illuminateur de plaque de type Butler (miroir dentaire de Butler). Il est préférable d'utiliser ces révélateurs de plaque dans la soirée, du fait d'une petite coloration résiduelle rouge qu'ils peuvent laisser sur les lèvres et la langue. Mâchez une tablette de révélateur de plaque ou déposez quelques gouttes de celui-ci, la salive sera alors teintée de rouge ce qui vous permettra de colorer tout l'intérieur de votre bouche pendant une minute. Ensuite, prendre un bain de bouche à l'eau. Le film bactérien absorbe alors préférentiellement la coloration rouge, ce qui le rend plus facile à localiser et à retirer. Une pâte dentifrice classique peut être utilisée pour un usage

régulier. Avant d'utiliser la brosse à dent, il faut la tremper dans de l'eau chaude qui ramollira les poils.

5° Nettoyage et Asepsie

A- Nettoyage des instruments

· séparer les instruments acier et titane, et les décontaminer séparément
· les laver ensuite à l'eau savonneuse, puis les passer aux ultrasons,
· sécher,
· stériliser,
· graisser la pièce à main.

B Asepsie

L'asepsie est l'ensemble de tous les moyens (physiques, chimiques, biologiques) propres à empêcher toute contamination de la plaie opératoire. C'est un état caractérisé par l'absence de micro-organismes
Elle comprend différents moyens, l'antisepsie (peau), la stérilisation (matériel), la désinfection (locaux)
L'asepsie est un principe fondamental qui comprend un ensemble de règles et de pratiques pour maîtriser, réduire ou stopper le processus de l'infection.

Son objectif est la protection des personnes vis à vis de l'environnement et la protection de l'environnement vis à vis de tous les micro-organismes.

Toute intervention chirurgicale crée "une blessure " et donc prédispose le corps, même le plus sain, à l'infection. Les bactéries apportées dans le bloc par l'équipe chirurgicale ou le patient lui-même peuvent s'introduire dans la plaie. Elles doivent donc être contrôlées.

D'un point de vue historique

L'asepsie est une découverte récente. **En 1860, Louis Pasteur** découvre les bactéries.
Lord Joseph Lister décrit, à partir de cela, une méthode visant à tuer les germes infectieux à l'aide de produits chimiques. Il prépare le site opératoire à l'aide d'un antiseptique, l'acide phénique. Il inaugure l'ère de l'asepsie démontrant que les infections chirurgicales peuvent être réduites.

C'est **Just Lucas Championnière** qui introduit en France la méthode de Lister. Puis **Felix Ferrier** s'initie aux méthodes bactériologiques. Il comprend qu'il est insuffisant de détruire les germes in situ tout en continuant à utiliser des instruments souillés : il est nécessaire de stériliser au préalable toute l'instrumentation.

En **1889 à** Bichat, il fait installer dans son service le premier autoclave chirurgical. L'asepsie naît et avec elle la chirurgie moderne.
Les micro-organismes vivants sont présents sur la peau (et ses annexes) dans les voies respiratoires dans le tube digestif et l'appareil génito-urinaire. Les zones préférentielles sont les zones pileuses, le nez, le périnée.
Les micro-organismes sont absents de "l'intérieur" du corps. "L'intérieur" est dit stérile.

Les micro-organismes

Parmi les micro-organismes on distingue, les bactéries, les virus, les champignon et les protozoaires.

Les BACTERIES dont la reproduction se fait par division cellulaire ont des particularités morphologiques, biochimiques, antigéniques qui leur confèrent leur pouvoir pathogène.
Sur le plan morphologique, elles se présentent sous forme ronde (les cocci), cylindrique (les bacilles), hélicoïdale (les spirilles). Leur taille est voisine de 1 à 10 µ. Leur coloration est gram (+ ou -)

Les VIRUS : C'est un parasite absolu, dont la reproduction se fait dans une cellule
(Découvert avec un microscope électronique. Leur taille est inférieure à celle des bactéries)
Leur caractéristique est d'être incapable de vivre, de se reproduire à l'extérieur d'une cellule vivante. Ils sont caractérisés par un filament d'acide nucléique dans une coque rigide (capside)
Les virus sont des parasite intra cellulaire
Les CHAMPIGNONS :
Se rencontrent sous forme de levures ou de filaments
Les PROTOZOAIRES : Sont caractérisés par leur taille supérieure aux bactéries

Définitions

Antisepsie :
Opération au résultat **momentané** permettant au niveau des tissus vivants, dans la limite de leur tolérance, d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus en fonction des objectifs fixés. Le résultat de cette opération est limité aux micro-organismes et/aux virus présents au moment de l'opération.

Antiseptiques
Substances chimiques qui, à la différence des antibiotiques, agissent à des **concentrations** fortes

de manière **peu spécifique,** et de façon beaucoup **plus rapide,** en étant en général réservés à **1'usage externe,** car toxiques par voies générales. Le résultat de cette opération est limité aux micro-organismes présents au moment de l'opération. Dans la pratique courante, le terme de décontamination peut être pris effectivement dans le sens de la prédésinfection (Déf AFNOR NFT 72 1 0 1).

Antiseptiques/Désinfectants: Leur mode d'emploi est mécano-chimique, leur activité est jugée sur leur pouvoir bactéricide, leur rapidité d'action.
On distingue :
1/ Phénoles et ses dérivés
* Hexachlorophène

2/ Dérivés des Biguanides
* Chlorhexidine (hibiscrub)

3/ Métaux lourds
* Mercure (sur les muqueuses) (Mercryl)

4/ Ammoniums quaternaires
* Cetavlon
5/ Halogènes
* Chlore : javel, dakin
* Iode : alcool iodé (Bétadine)

6/ Alcool à 70°

Désinfection
Opération au résultat momentané permettant d'éliminer ou de tuer les micro-organismes et/ou d'inactiver les virus indésirables portés par les milieux inertes contaminés en fonction des objectifs fixés. Le résultat de cette opération est limité aux micro-organismes présents au moment de l'opération. L'usage du terme "décontamination" en synonyme de "désinfection" est prohibé.

Stérilisation
Destruction totale des micro-organismes par un moyen chimique ou physique, suivi de la vérification de cette destruction, O.E./Autoclave.

Stérilité
Etat stérile, donc débarrassé de toute forme de vie. Un objet pour être stérile doit être pré-emballé avant d'être soumis à la stérilisation. L'emballage permet de conserver l'état de stérilité.

Antiseptique
Substances employées en usage externe chez l'homme qui rendent inoffensives les germes (éventuellement pathogènes) présents au niveau de la peau. Leur action est soit bactéricide soit bactériostatique.

Désinfectants
Substances bactéricides qui détruisent les micro-organismes, les virus dans les espaces et sur les surfaces inertes (locaux, récipients, instruments, objets divers, déchets, etc.)

Bactéricide
Se dit d'un produit ou d'un procédé ayant la propriété de tuer les bactéries dans les conditions d'emploi définies.

Bactériostatique
Se dit d'un produit ou d'un procédé ayant la propriété d'inhiber momentanément la multiplication des bactéries dans les conditions d'emploi définies.

Les champs opératoires

La protection du site opératoire est très importante pour diminuer le risque d'infection. Plusieurs études scientifiques ont démontré que le non-tissé, utilisé pour la protection champ opératoire, diminue les infections postopératoires d'une manière significative.
L'étude Moylan* (étude sur 2181 patients) montre une diminution du risque infectieux postopératoire de 56 % (6;5 % -à 2,8 %). Une infection postopératoire, mis à part la responsabilité morale, représente un coût élevé (*Moylan J.A Fitz Patrick, Davenport : Reducing wound infection - Improved gown and drape barrier performance Arch surg. 122-152, 1987)*

Les champs sont des éléments carrés ou rectangulaires destinés à recouvrir des surfaces non stériles susceptibles d'être touchées par le chirurgien ou ses aides pendant l'opération : zones non préparées de la peau du patient, plateau de la table d'opération, table d'instruments. Ils doivent avoir une taille adaptée à la surface à recouvrir et

pour cela existent en plusieurs dimensions. D'une manière générale, les champs doivent être grands. Il est préférable d'utiliser un grand champ que plusieurs petits. Les matériaux utilisés pour leur confection sont souvent identiques à ceux des casaques. Il s'agit soit des tissus au tissage dense (polyester) et enduits pour s'opposer au passage des germes, soit des non-tissés.
Le non-tissé' peut être obtenu selon trois procédés principaux :

⇒ **Voie sèche:**
fondé sur la technique du textile

⇒ **Voie humide**
fondé sur la technique du papier

⇒ **Voie fondue**
fondé sur la technique du plastique

Le non-tissé représente une barrière pour les micro-organismes et tous les liquides. Ainsi les adhésifs et leur pliage particulier permettent une utilisation avec une totale asepsie.Le non-tissé diminue également la contamination par desquamation. On considère qu'une personne se sépare de 10.000 particules/mn. Habillée en non-tissé la contamination de l'air avec des particules et la desquamation sont réduits de 90 %.

Lavage chirurgical des mains

L'objectif n'est pas la stérilité, c'est l'élimination des "saletés", c'est l'élimination des micro-organismes contaminants Cette action se réalise avant tout geste nécessitant une asepsie rigoureuse en particulier une intervention chirurgicale.
Le lavage chirurgical des mains a pour but d'éliminer les impuretés cutanées (squames, poils, sébum...) et la plus grande partie de la flore cutanée, bactérienne et fongique. Cette action est dévolue d'une part à l'action chimique des produits employés, d'autre part à l'action mécanique du brossage et l'élimination par l'eau courante.
Ce lavage ne peut être efficace que si les ongles sont courts et propres,, avec interdiction du port de bagues, alliances et bracelets.

Différentes règles à respecter
- il ne faut jamais toucher les robinets avec les doigts (uniquement avec les coudes).
- le lavage sera effectué dans un ordre immuable : les ongles, les doigts, les paumes, les faces dorsales des mains, les poignets, les avant-bras. Il convient de laver une main et un bras avant de passer à l'autre. Le brossage ne concerne que les ongles afin de ne pas créer lors d'un brossage de la peau des micro-traumatismes cutanés.
- lors de tout rinçage, il est primordial que l'eau s'écoule des doigts vers les coudes, de façon à ce que l'eau contaminée ne souille pas les zones lavées.

1er temps :
Se mouiller les mains et les avant-bras à l'eau tiède.
Verser environ **5** ml d'anti-septique" (environ 1 coup de pompe) dans la main.
Masser les mains, les poignets et les avant-bras pendant une minute pour faire mousser l'antiseptique. Insister particulièrement sur les espaces inter-digitaux.
Rincer abondamment à l'eau tiède en allant des mains vers les coudes, les mains se situant toujours au dessus des coudes.

2me temps :
Verser à nouveau 5 ml d'antiseptique (environ 1 coup de pompe).
Masser les mains et les avant-bras pendant 2 minutes pour faire mousser.
Seuls les ongles seront brossés avec une brosse stérile
Rincer abondamment à l'eau tiède comme précédemment.
Sécher soigneusement par tamponnement en allant des mains vers les coudes à l'aide d'essuie-mains stériles différentes pour chaque main.

Habillage au bloc

En salle d'opération, il est recommandé de mettre un pyjama chirurgical propre et d'éliminer les contaminations possibles par les chaussures de ville par le port de surchaussures ou de sabots destinés exclusivement au bloc opératoire.
Pour entrer au bloc opératoire, le port d'un masque et d'un calot englobant entièrement cheveux et barbe sont obligatoires.
Le séchage des mains
Pour le séchage, sont utilisés des essuie-mains stériles. Chaque essuie-mains utilisé ne devant absolument pas être réutilisé . L'idéal est d'utiliser deux essuie-mains (un pour chaque membre).
Mise stérile de la casaque
La blouse stérile doit avoir été pliée de façon à ce que seule la face interne soit accessible. Elle sera ainsi manipulée et dépliée en ne touchant que la face interne, la face externe demeurant parfaitement stérile.
Il faut prendre garde en enfilant la blouse à ne toucher aucune surface. Avec la main droite touchant la face interne de l'épaule gauche, le bras gauche est d'abord enfilé dans la manche gauche en étendant le bras, puis avec la main gauche prendre

l'intérieur de l'épaule droite et étendre le bras droit dans la manche droite.
Les deux bras et les mains étant gardés tendus vers l'avant et le haut, l'assistante ajustera et nouera ensuite la blouse. **En aucun cas, l'assistante ne doit toucher le devant de la blouse.**

La mise des gants

En mettant les gants, il ne faut jamais oublier que les surfaces stériles des gants (parties extérieures) ne doivent être touchées que par d'autres surfaces stériles. De même, les surfaces non stériles (mains et intérieur des gants) ne sont tenues que par d'autres surfaces non stériles.
Le gant droit est pris par la main gauche au niveau du revers. La main droite est mise dans le gant droit à environ 1/3 du gant, aidée par la main gauche.
Puis, avec la main gantée droite (stérile), le gant gauche est saisi par la partie stérile du gant en dessous du revers. Il faut ensuite enfiler le gant sur la main gauche, et rabattre le revers sur le poignet de la blouse sans toucher l'avant-bras. Enfin, les doigts gantés gauches sont placés dans le revers du gant droit qui est rabattu sur le poignet.
Enfin, il faut ajuster les gants aux doigts. Cette méthode appelée "open glowing" est la méthode usuelle.
Toutefois, certaines équipes chirurgicales utilisent le "closed" qui exige la manipulation des gants avec la main restée à l'intérieur de la blouse et nécessite une grande habitude afin de pouvoir enfiler correctement les gants.
Néanmoins, cette méthode a l'avantage de minimiser au maximum les risques de toucher les surfaces stériles des gants par les surfaces non stériles (mains et poignet).
Lors de chirurgie de longue durée, deux paires de gants sont recommandées.

Conclusion

Toutes ces obligations peuvent sembler contraignantes au début.
Par la suite des habitudes se créent. La préparation est facilement réalisable avec un peu de méthode et d'entraînement et permet d'entreprendre une intervention chirurgicale dans de bonnes conditions d'asepsie.
Le patient n'est ainsi exposé qu'à un risque minimal d'infection nosocomiale durant l'opération.